

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждения высшего образования  
«Красноярский государственный медицинский университет им.проф. В.Ф Войно-Ясенецкого»  
МЗ РФ**

**Институт последипломного образования**

**Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им.проф. В.И.Прохоренкова**

Рецензия д.м.н,проф. Карачевой Юлии Викторовны на реферат ординатора кафедры  
специальности Дерматовенерология  
Екимовой Дианы Александровны  
На тему: Разноцветный лишай

Основные критерии рецензии на реферат

<b>Оценочный критерий</b>	<b>Положительный/отрицательный</b>
1. Структурированность	<b>полож</b>
2. Наличие орфографических ошибок	<b>полож</b>
3. Соответствие текста реферата по его теме	<b>полож</b>
4. Владение терминологией	<b>полож</b>
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий тем	<b>полож</b>
6. Логичность доказательной базы	<b>полож</b>
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	<b>полож</b>
8. Круг использования известных научных источников	<b>полож</b>
9. Умение сделать общий вывод	<b>полож</b>

Подпись проверяющего



Подпись ординатора



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧЕРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. В.Ф.  
ВОЙНОЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им.проф. В.И. Прохоренкова  
Зав.кафедрой д.м.н., доцент Карачёва Юлия Викторовна

РЕФЕРАТ

Разноцветный лишай

Выполнила:

ординатор 1-го года обучения

Екимова Диана Александровна

## Содержание:

Определение	4
Этиология и патогенез	5
Эпидемиология	6
Клиническая картина	7
Лабораторные исследования	8
Лечение	9
Рекомендации	12
Список литературы	14

**Определение:**

Разноцветный лишай или отрубевидный лишай (*pityriasis versicolor*, *tinea versicolor*) — это хроническая поверхностная грибковая инфекция кожи, вызванная пролиферацией липофильных дрожжей (*Malassezia Species*) в роговом слое эпидермиса.

## Этиология и патогенез:

Возбудителями разноцветного лишая являются диморфные липофильные дрожжи рода *Malassezia* – представители типичной кожной микрофлоры. Наиболее часто обнаруживаются *Malassezia globosa*, *M. sympodialis* и *M. furfur*, реже – *M. slooffiae*, *M. restricta* и *M. obtusa*. Установлено, что около 90% здоровых людей являются носителями сапрофитной формы гриба.

Под влиянием предрасполагающих факторов эндогенной (гипергидроз, изменение химического состава пота, снижение физиологического шелушения эпидермиса, семейная восприимчивость, иммуносупрессия) и/или экзогенной (влажность и высокая температура) природы возбудитель трансформируется из непатогенной формы почкующейся бластоспоры в патогенную мицелиальную. Последняя способна синтезировать фермент, препятствующий выработке поглощающего свет пигмента, или токсичные соединения, разрушающие клетки, производящие пигмент [1]. Отмечается тропизм возбудителя к участкам кожного покрова, имеющим большое количество сальных желёз. В патогенезе могут принимать участие иммунные факторы, однако их сложно интерпретировать. Больные разноцветным лишаем не имеют клеточно-опосредованного иммунодефицита к мицелиальным антигенам *Malasseziaspp.*

## **Эпидемиология:**

Разноцветный лишай в основном поражает подростков и молодых людей в возрасте от 10 до 30 лет, но может встречаться у лиц любой возрастной категории, включая младенцев и пожилых людей. Чаще регистрируется у населения, проживающего в регионах с жарким и влажным климатом. Нет убедительных доказательств того, что пол или какая-либо конкретная этническая группа более восприимчивы.

Контагиозность заболевания невысокая. Чаще развивается у людей с сопутствующей эндокринной патологией, хроническими болезнями лёгких и желудочно-кишечного тракта, вегетативно-сосудистыми нарушениями, иммунодефицитами различной природы и др. Разноцветный лишай относится к ВИЧ-ассоциированным заболеваниям. Возможно, имеется генетическая (мультифакториальная) предрасположенность. Вероятность развития заболевания у родственников 1-2 линии составляет 22-48%. Триггерными факторами могут быть алиментарная недостаточность, использование оральных контрацептивов, системных и/или топических глюкокортикостероидных препаратов, иммунодепрессантов, а также повышенная потливость и применение продуктов для ухода за кожей на жировой или масляной основе.

## **Клиническая картина:**

Разноцветный лишай, как правило, протекает без субъективных ощущений, у некоторых пациентов наблюдается легкий зуд. Наибольшую обеспокоенность у пациентов, обращающихся за медицинской помощью, вызывает неприятный косметический вид кожи, однако, измененная пигментация может сохраняться после лечения.

Высыпания чаще всего локализуются на коже груди, верхней части спины, плеч, задней поверхности шеи, может поражаться кожа волосистой части головы полового члена. К атипичной локализации разноцветного лишая относятся: лицо, ушные раковины, заушные складки, кисти, голени, паховая и подмышечная области, сосок и периареолярная область. У детей заболевание нередко начинается с кожи волосистой части головы, но волосы не поражаются. Разноцветный лишай не наблюдается на ладонях, подошвах и слизистых оболочках.

Заболевание первоначально характеризуется появлением нерезко очерченных светлых или темных пятен диаметром от 3 до 5 мм, круглой или овальной формы, без воспалительных явлений. Цвет пятен варьируется (отсюда название «разноцветный») от розового до коричневого. Пятна часто бывают множественными, могут сливаться, образуя крупные очаги с полициклическими очертаниями. Иногда при осмотре крупных очагов в их центре можно определить легкую псевдоатрофию. В результате центральной инволюции очаги могут принимать кольцевидную форму.

На поверхности пятен при поскабливании определяются мелкопластинчатые чешуйки (симптом скрытого шелушения, симптом Бенъе-Мещерского), похожие на отруби (отрубевидный лишай). После загара в результате усиления шелушения в очагах поражения остаются депигментированные участки кожи. Высыпания часто выглядят гиперпигментированными на более светлых типах кожи и гипопигментированными на темной или загорелой коже.

Выделяют особую форму заболевания – *tinea versicolor alba*, или белый отрубевидный лишай. При этом может иметь место полная депигментация при отсутствии какого-либо шелушения. Депигментация в данном случае не связана напрямую с экранирующими свойствами колоний гриба и может возникать на участках кожного покрова, не подвергавшихся солнечному излучению.

Симптомы могут усиливаться в жаркую погоду. Зачастую пациенты с разноцветным лишаем обращаются за медицинской помощью на стадии депигментированных пятен.

## **Лабораторные исследования:**

- **Рекомендовано в качестве метода инструментальной диагностики** осуществлять люминесцентную диагностику (осмотр под лампой Вуда) кожи пациента.

Комментарии: *диагноз устанавливается на основании результатов по характерному желтому или золотисто-бурому свечению. Свечение в лучах лампы Вуда наблюдается в тех случаях, когда этиологическим агентом является M. furfur (около 1/3 заболевших).*

- **Рекомендовано в качестве дополнительного диагностического теста** использование *пробы Бальцера* (йодная проба).

Комментарии: *при смазывании участков 5% настойкой йода пятна разноцветного лишая окрашиваются йодом более интенсивно за счет пропитывания отрубевидных чешуек.*

## **Лечение:**

• **Рекомендовано** для наружной терапии при ограниченных формах заболевания  
назначение препаратов для наружного применения:

миконазол, крем 2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 3 недель).

*Комментарии: противопоказан у детей до 12 лет.*

или

тербинафин, крем, раствор 1–2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 3 недель).

*Комментарии: применение у детей возможно согласно режиму дозирования.*

или

бифоназол, 1% крем или 1% раствор 1 раз в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 2-3 недель).

*Комментарии: противопоказан детям до 1 года.*

или

кетоконазол, крем 1 раз в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 2-3 недель).

*Комментарии: противопоказан в детском возрасте до 12 лет.*

или

клотримазол, крем, раствор 1–2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 1-3 недель).

или

циклопироксоламин (циклопирокс) 1% крем (у детей, старше 10 лет) 2–3 раза в неделю до разрешения клинических проявлений (в течение 2–3 недель).

или

цинк пиритион, 0,2% крем 2 раза в день, 0,2% аэрозоль 2–3 раза в день до разрешения клинических проявлений (в течение 2–3 недель).

*Комментарии: противопоказан детям до 1 года.*

или

оксиконазол, крем 1–2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 2 недель).

*Комментарии: противопоказан детям до 8 лет.*

- **Рекомендовано** при поражении кожи волосистой части головы назначение шампуней для наружной терапии

кетоназол, шампунь 1 раз в сутки (нанести на 5 минут, затем смыть) ежедневно в течение 5 дней.

*Комментарии: противопоказан в детском возрасте до 3 лет.*

или

циклопироксоламин (циклопирокс) 1,5% шампунь (у детей, старше 10 лет) 2-3 раза в неделю до разрешения клинических проявлений (в течение 2–3 недель).

или

цинк пиритион 1% шампунь 2–3 раза в неделю до разрешения клинических проявлений (в течение 2–3 недель).

- **Рекомендовано** применение системных антимикотических препаратов при распространённых и атипичных формах разноцветного лишая, а также неэффективности местной терапии при ограниченном поражении:

кетоназол 200 мг перорально 1 раз в сутки ежедневно в течение 3-5 недель [22-24].

*Комментарии: противопоказан детям до 3 лет.*

или

итраконазол 200 мг перорально 1 раз в сутки ежедневно в течение 1 недели или 100 мг перорально 1 раз в сутки ежедневно после еды в течение 15 дней.

*Комментарии: при сохранении единичных высыпаний после 2-х-недельного перерыва рекомендуют проведение повторного курса лечения в той же дозе.*

или

флуконазол 300 мг перорально 1 раз в неделю в течение 2 недель или 150 мг 1 раз в неделю перорально в течение 4 недель [23-29].

Дети: противопоказан в детском возрасте до 1 года.

*Комментарии: обязательным условием назначения системной терапии является обнаружение возбудителя при микроскопическом исследовании. При отсутствии эффекта от лечения применяется корректирующая патогенетическая терапия (иммуномодуляторы, средства, нормализующие эндокринную патологию и др.) и/или замена антимикотического средства.*

- **Рекомендовано** для лечения беременных:

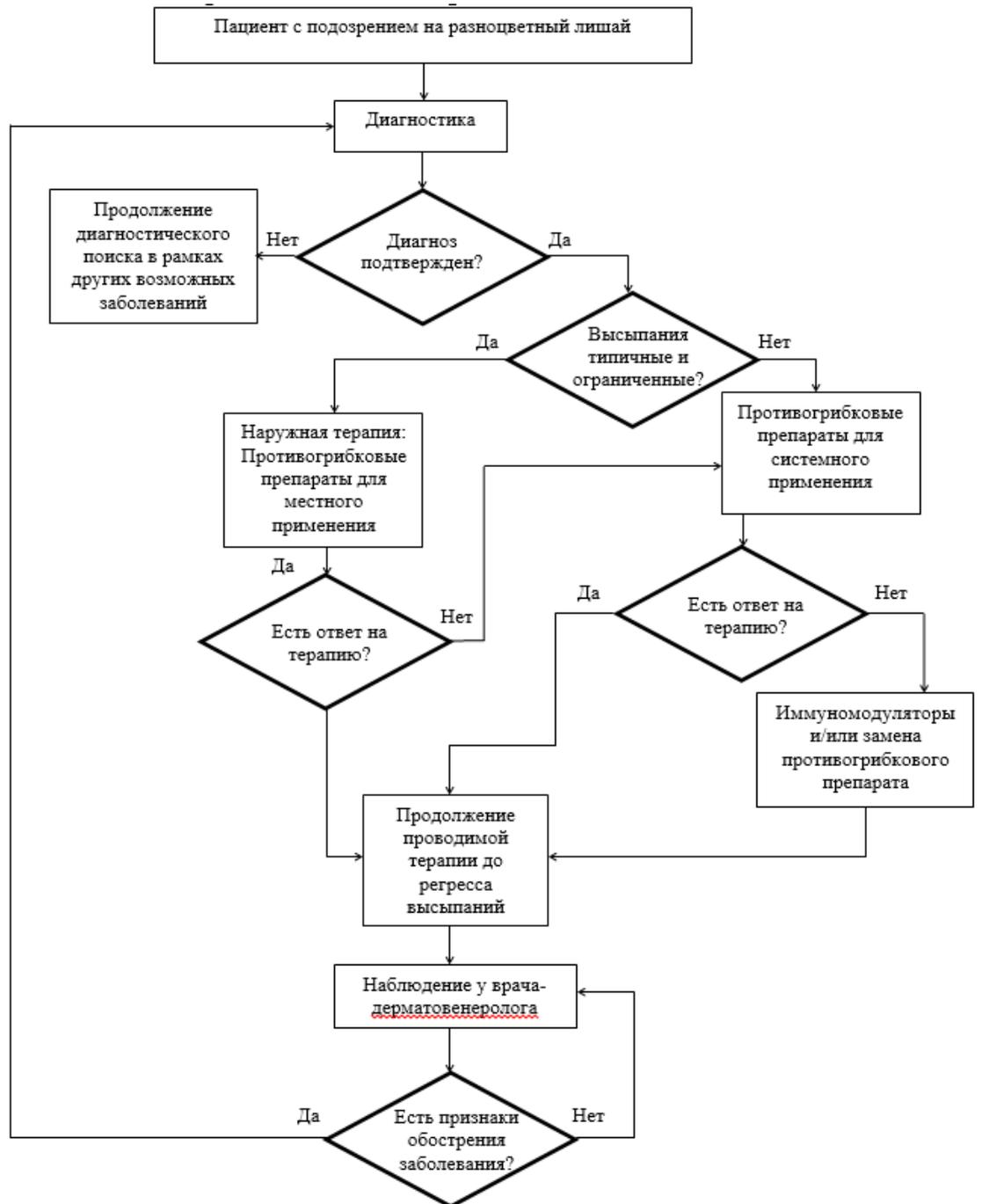
клотримазол, крем, раствор 1–2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 1-3 недель) .

или

миконазол, крем 2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 3 недель).

### **Рекомендации:**

Следует избегать воздействия солнечных лучей, так как это может ухудшить цветовой контраст в связи с тем, что пораженная кожа не сможет загореть. В дальнейшем пораженная кожа возобновляет нормальное производство пигмента.



Список литературы:

1. Международные клинические рекомендации
2. Справочник MSD